

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

*Бресский А.Г., Рандаренко И.Г., Смирнова И.В
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Среди инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов частота вульвовагинитов и дисбиотических процессов варьирует от 30 до 80% [1]. Наиболее часто встречается кандидозный вульвовагинит (КВВ). По данным ряда авторов, у 75% женщин в течение жизни отмечается хотя бы один эпизод КВВ, у половины этих пациенток наблюдаются повторные эпизоды заболевания, а у 15-20% развивается хронический рецидивирующий кандидозный вульвовагинит [2, 3].

В связи с выраженной тенденцией к распространению кандидоза особую важность приобретает проблема его эффективного лечения. Основные задачи терапии эффективное и быстрое воздействие на грибы, т.е. фунгицидное действие, исключение отрицательного воздействия препаратов на органы и системы организма.

Важным моментом в лечении КВВ является использование лекарственных препаратов, направленных на профилактику рецидивов заболевания.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности двух методов лечения КВВ.

Материалы и методы. Проведено наблюдение за 40 женщинами в возрасте от 18 до 35 лет, обратившихся с жалобами на выделение из половых путей 16 (40%) зуд и жжение в области наружных половых органов 12 (30%) или с сочетанием этих симптомов 12 (30%). Диагноз КВВ основывался на основании клинических данных, результатов кольпоскопического исследования и микроскопии мазков (из уретры, цервикального канала и влагалища), в которых были обнаружены грибы рода *Candida*. При обследовании у всех женщин были исключены инфекции, передаваемые половым путем (ВИЧ-инфекция, сифилис,

гонорея, трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз).

Всем пациенткам проводилось местное лечение широко распространёнными в настоящее время препаратами имидазолового ряда. Наиболее доступным является клотримазол.

Клотримазол вызывает торможение синтеза нуклеиновых кислот, липидов, полисахаридов клетки гриба, что в свою очередь приводит к повреждению клеточной оболочки и увеличению проницаемости оболочек фосфолипидных лизосом [4, 5]. Препарат применяли в виде вагинальных таблеток по 100 мг в течение 6 дней.

В дальнейшем больные были разделены на 2 группы: I- 20 пациенток находились под наблюдением врачей женской консультации, а 20 пациенткам в дальнейшем проведена терапия с использованием бифидобактерина – II гр.

Суппозитории вагинальные бифидобактерина представляют собой микробную массу живых бифидобактерий, лиофильно высушенную в среде культивирования. Суппозиторий содержит не менее 10^7 живых бактерий.

Терапевтический эффект его связан со снижением pH вагинальной среды в процессе жизнедеятельности микроорганизмов. На фоне применения биотерапевтических препаратов отличается стимуляция эндогенной флоры [5].

Препарат назначался интравагинально по 1 суппозиторию 2 раза в день в течение 10 дней.

Контроль эффективности лечения проводился сразу после его окончания и через 3 месяца после проведенной терапии.

Результаты и обсуждение. При первичном осмотре пациентки предъявляли жалобы на обильные выделения из влагалища, зуд, жжение в области наружных половых органов.

У всех женщин отмечены при осмотре в зеркалах выраженная гиперемия слизистых оболочек, отёк, белесоватые налёты на стенках влагалища.

При кольпоскопическом исследовании многослойный плоский эпителий влагалища отёчен, гиперемирован, имеет место очаговое увеличение фолликулов.

Согласно лабораторным данным в мазках отмечено количество лейкоцитов более 30 в поле зрения у 33 (82,5%) женщин, клеток плоского эпителия более 20 в поле зрения у 28 (70%).

Клиническую эффективность проведенного лечения оценивали по его окончании. Отдаленные результаты проанализировали через 3 месяца.

В I группе положительную динамику отмечали у 18 (90%) женщин. Исчезли или значительно уменьшились патологические выделения из половых путей, зуд и жжение в области наружных половых органов.

Во II группе сходные результаты имели место у всех женщин.

Кольпоскопически остаточные явления микозного кольпита (слизистая с остаточными явлениями воспаления, единичными увеличенными лимфоидными фолликулами) имели место у 4 (20%) женщин I группы и у 2 (10%) пациенток II группы.

При анализе мазков из уретры, цервикального канала и влагалища нити грибов не были выявлены в обеих клинических группах.

Количество лейкоцитов > 30 определялись у 5 (25%) женщин в I группе и у 3 (15%) случаев во II группе. Эпителиальных клеток >20 в 3 (15%) трех случаях в I группе и в 2 (10%) случаях во II группе.

Мы проанализировали отдалённые результаты проведенного лечения через 3 месяца после его окончания. Жалобы на незначительные выделения из половых путей были у 2 (10%) женщин, получавших лечение клотримазолом и у 1 (5%) пациентки получавшей двухэтапное лечение.

Кольпоскопически незначительное явление воспаления выявлены у 4 (20%) женщин I группы и у 2 (10%) II группы.

При исследовании мазков из цервикального канала уретры и влагалища, дрожжевые грибы в небольшом количестве обнаружены у 2 (10%) пациенток I группы.

У всех женщин получавших двухэтапное лечение, результаты были отрицательными.

Количество лейкоцитов более 30 в поле зрения были найдены у 3 (15%) женщин I группы и 3 (10%) II группы.

Выводы. Лечение кандидозного вульвовагинита целесообразно проводить в два этапа. На первом этапе используются специфические противогрибковые препараты. Второй этап предусматривает использование биотерапевтических препаратов, что позволяет достичь восстановление нормомикроценоза влагалища и избежать рецидивов заболевания.

Литература:

1. Прилепская, В.И. Вагинальный кандидоз: этиология, клиника, диагностика, принципы терапии / В.И. Прилепская, Г.И. Байрамова // Контрацепция и здоровье. 2002. – №1. – С. 3-8.
2. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Вишневская И.Ф. // Здоровоохр. Урала. – 2002. – №3. – С. 15-22.
3. Тихомиров А.Л. Гинекология / А.Л. Тихомиров. – 2006. – Т. 7, № 3. – С. 166-169.
4. Занько, С.Н. Вагинальный кандидоз / С.Н. Занько // Охрана материнства и детства. – 2009. – № 2 (14). – С. 39-44.
5. Дмитриев Г.А. Бактериальный вагиноз / Г.А. Дмитриев, И.И. Глазко. – 2008. Изд-во Бином Москва. – С. 158-159.